GEBRUIKSRUIMTES: VISIE VANUIT HET GEZONDHEIDSPERSPECTIEF. DEFINITIE, DOELSTELLINGEN, MODALITEITEN



Deze tekst geeft een antwoord op de vraag of een gebruiksruimte als methodiek een zinvolle aanvulling kan zijn op het bestaande palet aan hulpverlening voor gebruikers van illegale drugs in Vlaanderen. De methodiek wordt in deze tekst benaderd vanuit een gezondheidsperspectief.

Situering

De EMCCDA-studie (2010) over gebruiksruimtes is een belangrijk referentiedocument in verband met het concept gebruiksruimte: het is een neutraal rapport waarin de doelstellingen van gebruiksruimtes helder beschreven worden en uitgegaan wordt van bestaande evaluaties en evidentie.

In de Europese Unie zijn er 90 gebruiksruimtes in 8 landen, verspreid over 59 steden. In onze buurlanden, Duitsland, Nederland, Luxemburg, zijn er reeds gunstige ervaringen met lopende gebruiksruimtes, Frankrijk start in 2014. Verder zijn er ook gebruiksruimtes in Spanje, Zwitserland, Denemarken, Griekenland.

Buiten de EU zijn er ook gebruiksruimtes in Canada, Noorwegen, Australië. Er zijn ook initiatieven in Oost-Europa.

Er bestaat sinds 7 jaar een internationaal netwerk waarbij de meeste gebruiksruimtes zijn aangesloten.

Definitie

Een gebruiksruimte is een beschermde plaats bestemd voor het hygiënisch gebruik van vooraf verworven illegale drugs in een niet veroordelende omgeving onder supervisie van daarvoor opgeleid personeel (Akzept 2000 in Hunt, N. 2006).

Het gaat om een hoog gespecialiseerde voorziening die een onderdeel is van een ruimer netwerk van voorzieningen voor mensen die drugs gebruiken. Een gebruiksruimte is ingebed in een omvattende lokale strategie om tegemoet te komen aan verschillende individuele en gemeenschapsnoden die voortkomen uit druggebruik.
Een gebruiksruimte richt zich tot populaties van hoog-risico druggebruikers, meer specifiek tot injecterende druggebruikers en zij die gebruiken in de publieke ruimte. Deze groepen hebben belangrijke gezondheidsnoden waar bestaande voorzieningen niet aan tegemoet komen. Zij stellen problemen voor de lokale gemeenschap die niet opgelost raken door de bestaande sociale voorzieningen of door handhaving.

CONCRETE BESCHRIJVING

Er zijn verschillende vormen van gebruiksruimtes: op zich staand of geïntegreerd, met of zonder professionele bestaffing, klein of groter, met verschillende wijzen van organiseren.

Als we hier spreken van een gebruiksruimte bedoelen we een voorziening die een onderdeel vormt van een lokaal netwerk van voorzieningen rond drugproblematiek en die vanuit het lokale beleid mee is aangestuurd. Het gaat dan om een eerder kleinschalig initiatief dat geleid en georganiseerd wordt door professionals. De bestaffing omvat medisch en sociaal geschoolde medewerkers onder supervisie van een arts.

Een gebruiksruimte biedt een plaats, daartoe speciaal ingericht, waar mensen elders gekochte drugs in veilige, hygiënische omstandigheden en onder toezicht van personeel kunnen gebruiken. Er worden best twee mogelijkheden voorzien: een lokaal met aparte plaatsen voor het injecteren van drugs en een lokaal met kabines voor het roken van drugs. Bij dit laatste wordt de vrijgekomen rook via een afdoend verluchtingssysteem verwerkt. Naast de eigenlijke gebruikslokalen, wordt er ook een wachtruimte en sanitair voorzien. Verder dient er ook een medisch lokaal aanwezig te zijn. Al naargelang de concrete setting kan gekozen worden om een gebruiksruimte te koppelen aan een inloopcentrum waar er dan ook andere faciliteiten zijn (zitruimte, koffie, activiteitenaanbod e.a.).

Belangrijke organisatorische elementen zijn: ruime openingsuren, toegangsregels (een strak huishoudelijk reglement), combinatie met spuitenruil, aanbod van basisgezondheidszorg, goede afspraken met buurt, afspraken rond handhaving (politie) …
Er zijn op deze aspecten variaties mogelijk die afhangen van de concrete setting, de beschikbare budgetten en het lokale drugbeleid.
Om een succesvol project te bekomen is er nauwe samenwerking nodig tussen de hulpverlening, gebruikers, de lokale overheid, politie en buurtbewoners. Regelmatig overleg met de verschillende stakeholders draagt bij tot een gedragen werking die de vooropgestelde doelstellingen kan realiseren.
Best wordt een gebruiksruimte ook opgevolgd vanuit een wetenschappelijke omkadering en evaluatie.

Een belangrijk knelpunt in de Belgische en Vlaamse context is dat er nog geen wettelijk kader is om een gebruiksruimte te kunnen organiseren. Daardoor is het uitbaten van een gebruiksruimte en het gebruik van drugs in dergelijke ruimtes momenteel illegaal.

DOELSTELLINGEN

De keuze om een gebruiksruimte te installeren wordt beargumenteerd vanuit twee verschillende perspectieven: het perspectief van het individu en dat van de gemeenschap. Vanuit beide perspectieven zijn er gezondheids- en welzijnsargumenten. Een gebruiksruimte draagt bij tot een verbetering van de leefsituatie van de betrokkenen en komt indirect ook ten goede aan de ruimere gemeenschap.

Vanuit een gezondheids- en welzijnsperspectief kunnen gebruiksruimtes een aanvulling zijn op het bestaande aanbod. Het kan niet de bedoeling zijn om een gebruiksruimte te installeren ten koste van een andere vorm van hulpverlening. Dat risico dreigt: in tijden van economische schaarste en focus op overlast kan het zijn dat geopteerd wordt voor de installatie van een gebruiksruimte onder het motto van ‘haal ze van de straat’ waarbij dan middelen weggenomen worden bij andere hulpverlening. Dit is niet aanvaardbaar. In onze visie is een gebruiksruimte een wezenlijke aanvulling op het bestaande aanbod.

Een gebruiksruimte heeft een aantal doelstellingen:
- Het verbeteren van de gezondheidstoestand en het welzijn van druggebruikers met daarbij het voorkomen van gezondheidsschade en overdosissen.
- Het verbeteren van de toegang tot gezondheidsvoorzieningen en drughulpverlening voor de meest kwetsbare mensen die drugs gebruiken.
- Bijdragen aan de veiligheid en de levenskwaliteit van lokale gemeenschappen.
- Het inperken van de impact van open drug scenes voor de lokale gemeenschap.

RESULTATEN: ARGUMENTEN OM EEN GEBRUIKSRUIMTE ONDERDEEL TE MAKEN VAN EEN INTEGRAAL VLAAMS DRUGBELEID

Gebruiksruimtes in het buitenland tonen een aantal positieve uitkomsten. Daar is wetenschappelijke evidentie voor gevonden (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, IDPC Briefing Paper. Drug consumption rooms. Evidence and Practice. Juni 2012). Naast de evidentie die volgt uit ervaringen in het buitenland volgen hieronder een reeks argumenten die de internationale gegevens bevestigen maar die gebaseerd zijn op ervaringen uit eigen land. Hiervoor gebruiken we volgende bronnen:

- de jaarlijkse bevraging van Spuitenruil bij injecterende gebruikers: Evaluatieonderzoek Project Spuitenruil 2013 (verder in de tekst EPS2013)
- statistieken van doodsoorzaken
- cijfergegevens van hulpverleningsorganisaties: Overzicht overlijdens binnen populatie van MSOC Free Clinic 1997-2013.
- cijfergegevens uit wetenschappelijk onderzoek rond Hep C

Het installeren van een gebruiksruimte heeft een belangrijk effect op vlak van gezondheid.

1. Een gebruiksruimte verbetert de gezondheidstoestand van druggebruikers

Internationaal onderzoek geeft aan dat een gebruiksruimte een positieve impact heeft op de algemene gezondheidstoestand van druggebruikers. Concrete aspecten hiervan zijn:

- Monitoring en educatie

Om druggebruikers goed te kunnen benaderen is het zinvol goed zicht te krijgen over wijzen van gebruik en de cultuur die daarrond hangt bij druggebruikers. Een gebruiksruimte dient steeds onder toezicht te staan van medisch geschoold personeel (verpleegkundigen en psychosociaal hulpverleners onder supervisie van een bereikbare arts). Zo is er toezicht mogelijk op de materialen en op de wijze van gebruik.

Door direct contact met gebruikers kan informatie en feedback gegeven worden over de wijzen van gebruik. Er kan gewerkt worden op gedragsverandering en op misvattingen rond gebruikswijzen. Via deze contacten kunnen overtuigingen worden beïnvloed, bij de betrokken persoon en via hem/haar, ook in de gebruikersscene.

Er kan informatie en advies gegeven worden rond infectieziekten, minder schadelijke technieken en alternatieve gebruikswijzen.

- Voorkomen van besmettingen en herbesmettingen

Door het toezicht wordt er meer veilig gebruik gestimuleerd. Dat zal bijdragen tot het voorkomen van verspreiding van allerhande besmettingen.

Het is belangrijk zo vroeg mogelijk in contact te komen met gebruikers omdat besmettingen vaak ontstaan tijdens de vroege ervaringen met gebruik. Van de populatie injecterende druggebruikers die in behandeling zijn, is 75% besmet met het Hep-C-virus. Zelfs wanneer mensen in behandeling zijn en nog niet besmet zijn, lopen ze toch nog het risico besmet te raken. Dit heeft vaak te maken met impulsgebruik (eventueel na een periode van niet-gebruik) wat gepaard gaat met risicogedrag. Uit prevalentie-onderzoek weten we dat er jaarlijks 3 gevallen op 100 niet-besmette gebruikers die in behandeling zijn toch een Hep-C-besmetting oplopen.

Het aanbieden van een combinatie van voorzieningen zoals substitutiebehandeling en spuitenruil, levert het grootste succes om nieuwe besmettingen te voorkomen. Vanuit deze evidentie kan overwogen worden in de combinatie ook een gebruiksruimte te voorzien. Het combineren van behandeling en schadebeperkende voorzieningen (spuitenruil, gebruiksruimte) biedt het grootste effect in het voorkomen van infecties, zowel eerste infecties als herbesmettingen (vaak met een moeilijker te behandelen type, zgn. superinfecties).

- Hepatitis C is ondertussen als ziekte goed behandelbaar, niet enkel symptomatisch maar ook effectief. De huidige behandelingen zijn echter bijzonder duur. Naast het vermijden van ziek te worden is het voorkomen van besmetting ook een economisch belangrijk gegeven. Inzetten op preventief werken is veel goedkoper dan een behandeling.

- Er is voldoende evidentie dat gebruiksruimtes leiden tot een daling van nieuwe infecties met Hiv en Hcv (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 314, IDPC Briefing Paper, p. 4-6).

- In de laagdrempelige hulpverleningscentra komen geregeld gebruikers met abcessen, mogelijk in ver gevorderde toestand met soms blijvende ernstige schade, in zijn ergste vorm leidend tot amputatie. Dergelijke ernstige verwikkelingen kunnen deels voorkomen worden door toezicht op gebruik.

Uit de bevraging EPS2013 blijkt dat 41% van de ondervraagden minstens 1 en 24% 2 of meer abcessen heeft gehad in het voorbije jaar. Door het toezicht in een gebruiksruimte kan dit meer voorkomen worden of in een vroeger stadium worden behandeld. Daardoor kan blijvende schade aan aders voorkomen worden. Toezicht op gebruik in een gebruiksruimte draagt bij tot een daling van het aantal bacteriële infecties en bijgevolg ook tot minder daaruitvoortvloeiende ernstige gezondheidsschade (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 314, IDPC Briefing Paper, p. 4-6).

- De aanwezigheid van gebruiksruimtes leidt tot daling van risicogedrag (algemene hygiëne, delen van materiaal, injectietechnieken ...) en verhoging van algemene gezondheidstoestand van de doelgroep. (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 312).

- In een gebruiksruimte wordt er gefocust op gezondheid. Daardoor kunnen allerhande aandoeningen en infectieziekten in het bijzonder, in een vroeg stadium worden gedetecteerd. Aandoeningen kunnen worden voorkomen of een eventuele behandeling kan vroeg worden ingesteld. Voorkomen of vroeg ingrijpen brengt een aanzienlijke kostenbesparing met zich mee: gespecialiseerde medische hulpverlening kan voorkomen worden, de overgang van een acute fase naar een chronische status kan vermeden worden, er dient minder beroep gedaan te worden op tweede- of derdelijnszorg.

2. Een gebruikersruimte vermindert het aantal (fatale) overdosissen

Internationaal onderzoek wijst op een positief effect op vlak van overdosissen.

- Overdosissen met fatale afloop vormen een belangrijke doodsoorzaak bij druggebruikers. Vaak gaat het om te vermijden overlijdens.
In de statistieken van de doodsoorzaken in Vlaanderen (Statistiek van de doodsoorzaken 2000-2010) stellen we vast dat 39% (249 op 639) overlijdens van de druggerelateerde overlijdens in de periode 1998-2010 te maken heeft met een overdosis. In de statistiek wordt dit benoemd als ‘accidentele vergiftiging’.
In het MSOC Antwerpen wordt bovenstaand cijfer bevestigd in de telling van de druggerelateerde overlijdens. Voor dezelfde tijdspanne zijn er in MSOC Antwerpen 98 druggerelateerde overlijdens. Daarvan zijn er 39 geregistreerd als overdosis of mogelijke overdosis. Dat is eveneens 39%.
Het aantal druggerelateerde overlijdens kan jaar per jaar erg schommelen. In 2013 kende het MSOC Antwerpen een piekjaar met 16 geregistreerde overlijdens waarvan 9 als gevolg van overdosis.

- Overdosissen komen geregeld voor na een periode van niet-gebruik, na detentie of na opname in een behandelingscentrum. Bij herval grijpt de gebruiker terug naar de laatste dosis die na een periode van niet-gebruik fataal kan zijn.

- Naast fatale overdosissen zijn er ook niet-fatale overdosissen. Uit de bevraging EPS2013 blijkt dat 16% van de ondervraagden in het voorbije jaar een niet-fatale overdosis heeft meegemaakt (7% zelfs meerdere). Het gaat dan vaak om een levensbedreigende situatie die ook psychisch sporen nalaat.
Door een gebruiksruimte kan het aantal overdosissen, zowel fataal als niet-fataal, verminderd worden. Door de aanwezigheid van geschoold personeel kan er sneller worden ingegrepen en aldus verwikkelingen voorkomen worden. Dit geeft ook minder belasting op ambulance- en spoedgevallendiensten.

- Er is veel internationale evidentie voor het effect van gebruiksruimtes op daling van het aantal overdosissen (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 315, IDPC Briefing Paper, p. 4-6).

3. Een gebruiksruimte is een toegangspoort tot andere hulpverlening

- Door hun activiteit leven gebruikers vaak erg opgejaagd. Een gebruiksruimte biedt een rustplaats om zonder druk te gebruiken. Die rust en veiligheid vormt een goed klimaat om contact te leggen met de betrokkene, vertrouwen te winnen en een relatie op te bouwen. Dat vormt de basis om op weg te gaan naar hulpverlening.
Een gebruiksruimte geeft een veilige plaats voor gebruikers, een plaats waar ze niet gestigmatiseerd worden.

- Een gebruiksruimte is aldus een belangrijk contactpunt en maakt een (hernieuwde) kennismaking met de hulpverlening mogelijk.
Door het veilige kader is het mogelijk contact te leggen met mensen die ofwel nog geen contact hadden met hulpverlening, ofwel afgehaakt waren.
Bij de respondenten van de spuitenruilbevraging EPS2013 blijkt dat 16% nog geen contact gehad heeft met hulpverlening. Spuitenruil is dus een belangrijk eerste ingangspoort. Die rol kan een gebruiksruimte ook hebben. 23% van de ondervraagden geeft aan op het ogenblik van de bevraging geen contact met hulpverlening te hebben. Gebruikers van spuitenruil zijn vermoedelijk ook potentiële klanten van een gebruiksruimte. Aldus kan een gebruiksruimte een belangrijke ingangspoort voor verdere hulpverlening zijn.
Internationale ervaringen tonen dat kwetsbare groepen bereikt worden via GR en kunnen worden verwezen naar verdere zorg: gezondheidszorg en drughulpverlening (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 316).

- In bepaalde voorzieningen (bvb. een nachtopvang) wordt druggebruik soms oogluikend toegestaan omdat er geen alternatief is. Een gebruiksruimte kan een alternatief bieden en dus ontlastend zijn voor die voorzieningen. Als er een gebruiksruimte is, kan er in andere centra een strikter niet-gebruik-beleid gevoerd worden.

- Gebruiksruimtes zijn complementair aan de bestaande hulpverlening en staan niet in conflict met therapeutische doelstellingen. Het installeren van een GR leidt niet tot een toename van nieuwe injecterende gebruikers en ook niet tot een stijging van het druggebruik in het algemeen (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 312, 316).

4. Een gebruiksruimte heeft een positieve impact op de publieke ruimte

- Door een gebruiksruimte zal er minder gebruik in de publieke ruimte zijn wat een positief effect heeft op de lokale omgeving. Verder leidt dit ook tot een verminderen van risicovol gebruik in de openbare ruimte: dat is steeds onhygiënisch, het gebeurt te gehaast met meer risico op schade of overdosis. Minder gebruik in het openbaar verlaagt ook het risico op prikongevallen.
Internationale ervaringen geven vanuit zelfrapportage aan dat er minder openbaar gebruik is en minder druggerelateerd zwerfvuil (EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, p 318).

VOORWAARDEN VOOR DE INPLANTING VAN EEN GEBRUIKSRUIMTE

- Een wettelijk kader
- Politieke bereidheid
- Voorbereiding: informatie, sensibilisering
- Draagvlak bij de publieke opinie
- Nauwe samenwerking met stakeholders: politie, buurtbewoners, lokale handelaars
- Partnership met andere netwerkpartners, met o.a. toeleiding naar andere vormen van (drug)hulpverlening
- Flexibele opstelling: inspelen op de veranderende gebruiksgewoontes
- Opstellen van consistente huisregels die aangepast zijn aan lokale behoeftes, met o.a. criteria voor de toegang tot de gebruiksruimte
- Voldoende medisch geschoold personeel, met de juiste ingesteldheid en vaardigheden.
- Aangepaste locatie en infrastructuur
- Aangepaste openingsuren voor vlotte toegankelijkheid
- Afstemming op de lokale situatie

(EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11. Hunt, 2006. IDPC, 2012, Deutsche Aids-Hilfe & Akzept, 2011).

VERWACHTE VOORDELEN, NADELEN EN RISICO'S BIJ DE INPLANTING VAN EEN GEBRUIKSRUIMTE

Hieronder volgen een aantal elementen waarvoor er via onderzoek al dan niet evidentie bestaan (EMCDDA 2010- harm reduction monograph + review of evidence base for the introduction of CR as part of a HR strategy (Dagmar Hedrich 2004)).

Verwachte voordelen volgens een review van 12 studies in 2004, in 2010 bevestigd door ander studies

- Vermindering van hoog risico gebruik
  → JA, doelstelling wordt bereikt
- Vermindering van druggerelateerd overlijdens
  → JA, doelstelling wordt bereikt
- Verhoging van contacten met drughulpverlening
  → JA, doelstelling wordt bereikt
- Vermindering van openbaar gebruik
  → JA, doelstelling wordt bereikt
- Vermindering van openbare overlast
  → JA, doelstelling wordt bereikt

Verwachte nadelen/risico's volgens een review van 12 studies in 2004, in 2010 bevestigd door ander studies

- Verhoging van druggebruik
  - → NEEN, geen verhoging van gebruik
- Initiatie van nieuwe gebruikers
  - → NEEN, geen initiatie
- Normaliseren van druggebruik
  Comfortabel maken van gebruik en ondermijnen van doelstellingen van behandeling
  - → Weinig evidentie dat DCR behandeling zou « ondermijnen »
- Aantrekken van gebruikers niet van eigen stad/wijk en
  Aantrekken van dealers
  - → Niet voldoende evidentie

Gebruiksruimtes zijn enkel effectief als:

- ze geïntegreerd zijn in een ruimer publiek kader als deel van een netwerk van diensten die als doelstelling hebben de individuele en sociale schade van het druggebruik te reduceren.
- ze gebaseerd zijn op consensus, ondersteuning en actieve mede- en samenwerking van lokale sleutelfiguren; gezondheidsdiensten, politie, lokaal beleid, lokale gemeenschappen en gebruikers.
- gezien worden voor wat ze zijn: specifieke organisaties die gezondheidsproblemen en sociale schade reduceren bij hoog risicogebruikers en ingaan op noden waar andere organisaties geen antwoord bieden.

Volgens Herdrich wegen de voordelen van een gebruiksruimte zwaarder dan de eventuele risico's. het is belangrijk dit in een ruimere context te plaatsen en bescheiden te zijn wat DCR kunnen bereiken en wat niet.

Besluit

Gebruiksruimtes zijn een zinvolle aanvulling op het palet aan voorzieningen op vlak van drughulpverlening, ook in Vlaanderen. Het installeren van een gebruiksruimte mag zeker niet ten koste gaan van andere vormen van hulpverlening. De concrete uitwerking van een gebruiksruimte is afhankelijk van de lokale situatie. Er zal steeds rekening gehouden moeten worden met allerhande elementen. Het voornaamste hierbij is dat een gebruiksruimte sterk geïntegreerd dient te zijn in de lokale, integrale aanpak van het drugsfenomeen.

Referenties

Hierbij worden een aantal bronnen vermeld die gebruikt werden bij de opmaak van deze tekst. Enkele bronnen zijn overzichtswerken waarin meerdere andere bronnen worden gebundeld (aangeduid met *).

- Akzept Bundesverband and Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Ed.) (2000) Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms. Lektorat: W Schneider & H Stöver, Materialien No. 4. Münster: Akzept.

- Deutsche Aids-Hilfe & Akzept e.v., Federal Association for accepting Drug Work and Humane Drug Policy. Drug consumption rooms in Germany. A situational assessment by the AK Konsumraum. Berlin, 2011.

- ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Guidance in brief. EMCDDA, Lisbon, October 2011.

- EMCDDA 2010 – harm reduction monograph + review of evidence base for the introduction of CR as part of a HR strategy (Hendrich 2004, review in 2010 in Monograph Harm Reduction) (*).

- EMCDDA, Harm Reduction Monograph, Chapter 11: Drug consumption facilities in Europe and beyond, 2010, p.305-331.

- Evaluatieonderzoek Project Spuitenruil 2013

- Global Platform for Drug Consumption Rooms: http://www.salledeconsommation.fr/

- Hunt, Neil. Paper C. An overview of models of delivery of drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation. 2006. www.jrf.org.UK , http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/Hunt-DCR-C.pdf

- International Drug Policy Consortium: IDPC briefing-paper-drug-consumption-rooms, 2012 (*).

- Sidney Medical ly Supervised Injection Centre (MSIC). Factsheet. July 2013. http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/tttfactsheetsjuly2013.pdf

- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2012). Statistiek van de doodsoorzaken 2000-2010. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd van http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfer/sterftecijfers/statistiek-van-de-doodsoorzaken/

Colofon

Deze tekst werd, in opdracht van de Raad van Bestuur van VAD, opgemaakt door een werkgroep gebruiksruimte met als leden Peter Aertsen, Piet Dheedene, Tino Ruyters, Geert Verstuyf en Tessa Windelinckx. De tekst werd op 19 september 2014 door de Raad van Bestuur goedgekeurd.

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

